

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 N° 11

Travail de la Clinique de M. le Professeur L. TIXIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Hémorragies gastriques graves
survenant dans les suites opératoires
des ulcères gastro-duodenaux perforés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Georges POIX

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 14 Mai 1906, à Saint-Alban-de-Roche (Isère)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1929

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES HÉMORRAGIES GASTRIQUES GRAVES
SURVENANT DANS LES SUITES
OPÉRATOIRES DES ULCÈRES GASTRO
DUODENaux PERFORÉS**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Travail de la Clinique de M. le Professeur L. TIXIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

Hémorragies gastriques graves
survenant dans les suites opératoires
des ulcères gastro-duodenaux perforés

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 12 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Georges POIX

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né le 14 Mai 1906, à Saint-Alban-de-Roche (Isère)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46

LYON

1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales.	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique.	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (J.)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (A.)	DEVIC	GATÉ
ROCHAIX	CHALIER (J.)	GABRIELLE	BERNHEIM
RHENTER	NOEL	MANCEAU	DECHAUME
			POLLOSSON



M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

M. TIXIER, Président ; M. BONNET, Assesseur ;
MM. SANTY et POLLOSSON, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

La guerre l'a ravi prématurément à notre affection.

Que l'honneur de sa vie me serve d'exemple.

A MA TRÈS CHÈRE MAMAN

Je lui dois tout car elle m'a consacré son existence.

Voici le premier dédommagement à ses longs sacrifices. Puisse-t-elle l'accepter avec autant de bonheur que j'en éprouve à le lui offrir.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR J. SERLIN,

*Secrétaire Général de la Mairie de Lyon,
Conseiller Général de l'Isère*

C'est un ami sûr, qui nous a manifesté sa bienveillance à maintes reprises. Nous tenons aujourd'hui tout particulièrement à le remercier de ses bontés à notre égard.

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS TIXIER

*Professeur de Clinique Chirurgicale
Président du Congrès National de Chirurgie*

Il nous a largement ouvert son service et nous a ainsi permis de nous imprégner de son enseignement.

Il est pour nous le chirurgien modèle et l'idéal tangible auquel il faut aspirer. Il nous a fait le très grand honneur de présider notre thèse.

Nous le prions d'agréer nos sentiments de respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUGÈNE POLLOSSON

*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine
Chef de Laboratoire à la Clinique Chirurgicale*

Il nous a toujours accueilli avec une bienveillante cordialité, toujours prêt à nous rendre service. Il nous en voit profondément touché, qu'il veuille bien trouver ici l'assurance de notre entier dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BERTRAND

Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Il nous a constamment aidé dans notre travail en nous faisant part du fruit de son expérience. Nous le remercions sincèrement de sa sollicitude à notre égard.

A MONSIEUR

LE MÉDECIN-INSPECTEUR-GÉNÉRAL MAROTTE

Directeur du Service de Santé de la XIV^e Région

Il a bien voulu s'occuper de nous en des circonstances particulièrement difficiles. Il a su nous diriger de ses conseils éclairés. Nous l'en remercions vivement, et le prions de croire à nos sentiments respectueusement reconnaissants.

A MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL PAITRE

Professeur de Médecine Opératoire au Val-de-Grâce

Il fut l'un des premiers à s'intéresser à notre avenir médical, et c'est à lui que nous devons l'orientation de notre carrière. Que ce modeste travail soit pour lui un fidèle témoignage de notre gratitude.

A MES MAITRES DES HÔPITAUX

ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES

A MES JUGES

« Selon le sage Salomon, sagesse n'entre point en âme malivole, et science sans conscience n'est que ruine de l'âme. »

(RABELAIS)

Il nous est doux, au terme des études médicales, de revivre par le souvenir les instants, agréables ou rudes, que nous avons vécu depuis leur début.

Privé de l'appui paternel, si précieux dans cette période d'après-guerre, nous avons été heureux de rencontrer des sympathies dans le milieu médical lyonnais. Ayant besoin d'être dirigé par de sages conseils, nous en avons trouvé d'éclairés parmi nos aînés dans cette carrière. Que tous ceux qui se sont intéressés à notre avenir trouvent ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

C'est, d'abord, Monsieur le Professeur TIXIER, dont le renom toujours grandissant nous avait frappé dès notre jeunesse.

Il a bien voulu nous accueillir, très paternellement dans son Service. Il a été, pour nous, l'Initiateur à notre vie nouvelle. Avec sa psychologie pénétrante et fine, il nous a appris à voir les choses telles qu'elles sont, dans leur cruauté ou leur sublimité. Sa bonté, jamais démentie, nous a été d'un puissant exemple et d'un grand réconfort. Il a mis, pour notre propre famille, toute son habileté chirurgicale à notre dispo-

sition. Qu'il reçoive ici le témoignage de notre profonde gratitude. Ses enseignements sont restés gravés au plus profond de nous-même.

Nous associons, dans un égal sentiment, tous ses collaborateurs et particulièrement Monsieur le Docteur POLLOSSON, en qui nous avons très souvent eu recours, et Monsieur le Docteur Paul BONNET, chirurgien des Hôpitaux, qui nous a toujours aidé de ses conseils. Monsieur le Docteur Pierre BERTRAND, chef de clinique, a droit à une très grande part de notre reconnaissance, puisqu'il nous a confié, avec des documents personnels, des idées qui lui sont chères, qu'il a eu l'occasion d'exposer et qui seront l'objet, pour lui-même, de travaux ultérieurs. Sa confiance nous honore tout particulièrement.

Nous n'aurions garde d'oublier M. F. CARCASSONNE, Interne des Hôpitaux, jeune élève du Maître, qui n'a ménagé ni son temps ni sa peine pour nous être utile. Il nous a considéré plus comme un ami que comme un compagnon de travail. Il nous en voit extrêmement touché.

A tous ceux enfin qui, de près ou de loin, nous ont soutenu de leur amitié, ou aidé de leur sympathie dans les heures sombres, nous adressons, en ce jour, un solennel merci.

G. P.

CHAPITRE PREMIER

De la fréquence des Hémorragies dans les suites opératoires des ulcères perforés

Les hémorragies graves, dans l'évolution de l'ulcère de l'estomac, sont chose fréquente, et leur traitement a été pendant longtemps fort discuté. Aussi, n'avons-nous pas l'intention d'étudier ces cas très intéressants, certes, mais n'entrant pas directement dans le cadre de notre travail.

D'ailleurs, entre autres travaux, ceux de LECÈNE et DUVAL, à Paris, de DELORE et de GIRARDIER à Lyon, ceux de LAUREN, FINSTERER et SIERMONDT, en Allemagne, ceux de MAYO en Amérique, ont apporté des faits précis qui permettent d'instituer une thérapeutique variable suivant les cas, mais susceptible d'entraver l'évolution de l'écoulement sanguin et, en même temps, celle de l'ulcère. C'est qu'en effet la caractéristique de certains d'entre eux est qu'ils sont franchement hémorragiques. Les cas sont innombrables, d'ulcérations gastriques évoluant vers une anémie progressive à la suite d'hématémèses fractionnées, plus ou moins abondantes et répétées.

Seule, une intervention chirurgicale permet, le plus souvent, d'arrêter ces ulcères dans leur évolution fatale vers la mort.

Mais si ces cas sont fréquents et bien connus, *plus rares sont les hémorragies signalées dans les suites opératoires immédiates des ulcères gastro-duodénaux perforés* et traités soit par la suture, soit par la gastro-entéroanastomose, soit encore par les deux méthodes thérapeutiques associées.

La fréquence de ces hémorragies n'étant d'ailleurs pas très grande, il nous a paru intéressant et relativement facile de les étudier.

C'est à propos de deux observations récentes, dues à l'obligeance de M. le Docteur Pierre Bertrand, chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté, que nous avons recherché dans la littérature les cas semblables, étudié avec l'étiologie, l'anatomie pathologique, la symptomatologie, et surtout le traitement d'une pareille lésion.

Voir mourir son malade d'hématémèse, dans les jours qui suivent une opération, pour perforation d'ulcère, est pour un chirurgien un spectacle des plus pénibles. Alors que tout s'annonçait bien, que le malade reprenait ses forces, que son pouls devenait plus régulier, moins rapide, son ventre plus souple, que déjà la boisson était permise, une complication redoutable est apparue :

un vomissement de sang.

Ce vomissement est survenu, parfois unique, parfois répété, au cours des suites opératoires que l'on pouvait, quelques heures auparavant, prévoir idéales.

Et l'on conçoit alors l'inquiétude du chirurgien, lorsqu'en présence d'un malade encore sous l'effet du shock, faible à l'extrême, il doit poser une indi-

cation thérapeutique souvent osée, toujours grave, tenter de sauver, une fois de plus, son malade. Sans une intervention rapide, ce sera l'échéance inexorable d'une telle complication.

Heureusement, ainsi que nous le disions plus haut, la fréquence de ces hémorragies est néanmoins infime. Les chirurgiens qui ont publié des statistiques importantes d'ulcères gastro-duodénaux perforés, traités suivant leur habitude et leur goût personnel, donc de différentes manières, ne signalent cette complication que fort rarement.

Le Professeur HARTMANN, en 1923, présentait à la Société de Chirurgie de Paris, une statistique fort intéressante (puisqu'elle relatait les cas les plus disparates de perforations d'ulcères gastro-duodénaux traitées par des chirurgiens différents) et portant sur 200 malades. Ces malades, opérés dans des conditions dissemblables, ont présenté chacun des suites notées avec soin par chacun des opérateurs. Dans ces 200 cas, on relève des morts plus ou moins rapides, des incidents graves ou bénins dans les jours qui suivent l'opération, mais on ne retrouve signalé aucun cas d'*hémorragie grave* ayant mis en danger les jours des malades.

Certes, on rencontre ici, comme dans bon nombre d'autres statistiques de traitement d'ulcères gastro-duodénaux perforés, des hématomés qui surviennent dans les premières heures après l'opération. Mais celles-ci n'entrent pour aucune part dans notre étude. Elles font partie des complications habituelles des interventions sur l'estomac. Elles n'ont, en géné-

ral, aucune gravité et sont dues uniquement aux manœuvres opératoires, et aux manipulations réitérées de la poche gastrique.

Les *hématémèses graves* retenant notre attention diffèrent encore des hémorragies répétées que l'on voit survenir dans l'évolution ultérieure, lointaine, d'ulcères perforés traités par la *suture simple avec gastro-entéro-anastomose complémentaire*. Celles-ci dépendent uniquement de l'évolution secondaire d'un ulcère laissé en place, et continuant à donner des symptômes évolutifs, ou encore de la présence d'un deuxième ulcère dont on n'avait pu soupçonner l'existence au cours d'une intervention rapide et de toute urgence. C'est pourquoi nous ne tiendrons pas compte des statistiques de Brütt qui, rapportant les cas traités en deux ans à la clinique de KUMMEL, montrent que sur 140 cas de perforation d'ulcère gastro-duodénal traitée par simple suture, et par gastro-entéro-anastomose complémentaire, 12 % des malades ont présenté, dans les suites lointaines, des hémorragies à répétition dont certaines, graves, ont nécessité par la suite de nouvelles interventions.

Mais ces hémorragies-là sont très tardives et surviennent tantôt dans les six mois, tantôt un an ou même deux ans après l'intervention initiale. Elles diffèrent donc essentiellement de celles qui font le sujet de notre thèse.

En recherchant cependant dans la littérature étrangère les statistiques, d'ailleurs nombreuses, publiées par les divers chirurgiens, nous avons pu retrouver deux articles intéressants.

L'un, récent, n'est que le résumé d'une communication à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, par Polony, chirurgien de Belfort qui, sur une statistique de 11 cas présentés dans un rapport de A. BASSET, signale une mort par hématoméso foudroyante survenue le 15^e jour.

Plus intéressant peut-être encore, nous a paru un article très important, publié dans « *Annals of Surgery* », par Ellsworth Eliot J.. Ce chirurgien américain a pu collectionner les nombreuses observations de perforation d'ulcère gastro-duodénal, jusqu'en 1912. De l'étude de ces observations, il tire des conclusions intéressantes sur la conduite à tenir en présence d'une perforation brutale d'ulcère gastro-duodénal. C'est en étudiant les 977 cas publiés par ce chirurgien que nous avons pu retrouver 41 cas d'hémorragies graves survenant dans les suites d'ulcères perforés traités par simple gastro-entéro-anastomose, ou par suture, ou bien par combinaison des deux méthodes. Il est juste de dire que parmi ces 41 cas d'hématémèses foudroyantes survenues dans les suites opératoires immédiates de perforation d'ulcère, certaines, néanmoins, dépassent le cadre de notre étude, et que 31 cas seulement de la statistique d'Eliot peuvent être assimilés à ceux qui font le sujet de ce travail.

Que conclure de prime abord de cette recherche bibliographique ? *Un premier fait apparaît très net, c'est la rareté réelle d'une telle complication.*

Les statistiques d'Hartmann portant sur 200 cas, de Pierre DUVAL sur 75 cas, celles de FINSTERER à Vienne, celles de BRÜTT, celles de LAUREN, d'ULRICH,

de VON EISELSBERG, ne comportent aucun cas d'hématémèse grave survenant dans les jours qui suivent l'intervention.

MAYO, dans son travail très important, signale une mort par hémorragie, sans préciser un seul instant les caractères de cette hémorragie. Les nombreuses communications à la Société de Chirurgie de Paris, au cours des années 1921-22-23-24, ne signalent jamais cette complication.

SILHOL, à Bruxelles, en rapporte un cas comme exceptionnel.

POLONY ne la retrouve qu'une fois sur onze cas.

KUMMER, sur 25 cas, la signale également une fois.

MONDOR ET LAURET, dans leur travail classique sur les ulcères perforés gastro-duodénaux, citent l'hémorragie comme une complication possible de l'évolution ultérieure de ces ulcères, mais n'apportent aucune observation.

A Lyon, MM. GUILLEMINET et LATREILLE, dans un article récent du *Journal de Chirurgie* (Mars 1929) étudiant les suites proches et éloignées de 44 ulcères gastro-duodénaux perforés, opérés à la Clinique du Professeur Bérard, ne rapportent aucun cas qui entre dans le cadre de notre thèse.

Ainsi, de toutes les statistiques publiées, seule celle de Ellsworth Eliot a quelque importance à nos yeux : 34 cas d'hématémèses graves dans les suites immédiates de l'opération (suture ou gastro-entérostomie) pour perforation d'ulcère gastro-duodéal représentent un chiffre important à première vue. Mais il ne faut pas oublier que la statistique d'Eliot porte sur 977 cas,

ce qui fait une proportion d'environ 3 hématémèses graves pour 100 perforations d'ulcère opérées.

Comparativement aux autres complications, les hémorragies inquiétantes, parfois mortelles, restent donc relativement rares. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de les étudier pour rechercher quelle conduite thérapeutique l'on peut tenir, d'abord pour les éviter, ensuite pour les traiter.

Et c'est pourquoi il nous faut, d'emblée, rechercher après quelles opérations et dans quelles proportions on les voit surtout survenir.

CHAPITRE II.

ETIOLOGIE

Hémorragies des suites opératoires. — Le traitement de l'ulcère perforé est, en effet, toujours chirurgical.

Deux interventions surtout sont pratiquées couramment comme traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés.

Ce sont : la suture simple avec ou sans enfouissement ;

la gastro-entérostomie unique, ou complétant la suture simple de l'ulcère.

Dans quelles proportions voit-on des hémorragies dans chacun de ces deux cas ?

Les statistiques d'Eliot nous fournissent une série de chiffres intéressants. C'est ainsi que cet auteur rapporte 10 cas d'hémorragies graves survenant à la suite de *simple suture* de la perforation. Sur ces 10 cas, 8 se sont terminés par la mort.

Après la gastro-entérostomie, pratiquée pour un ulcère, il y a, dans 21 cas, des hémorragies graves, dont la plupart se sont terminées par la mort, puisque 18 malades n'ont pu être sauvés de cette complication redoutable.

Enfin, *après suture complétée par la gastro-enté-*

rostomie, nous avons trouvé dans 3 cas une hémorragie grave se terminant, deux fois, par la mort.

KÜMMER cite l'observation d'un simple enfouissement se terminant par une hémorragie mortelle, au huitième jour.

Dans le cas de POLONY, il s'agissait d'un enfouissement simple qui semblait avoir donné de bons résultats quand, au quinzième jour, une hématomèse foudroyante emporta la malade.

Quant à nos deux malades, ils ont été traités par un enfouissement, avec gastro-entérostomie complémentaire. L'hématomèse est apparue chez l'un le 11^e jour, chez l'autre le 19^e jour. Et ceci *est un fait important à retenir*.

Dans la plupart des observations rapportées par Eliot, on note que les accidents hémorragiques sont survenus le plus souvent, entre le 7^e et le 21^e jour après l'intervention. *L'hématomèse est donc relativement tardive*, et ne peut en rien être confondue avec le vomissement sanglant qui apparaît parfois dans les suites immédiates, quelques heures après l'opération.

Elle se différencie également de ces hémorragies plus tardives survenant un an, parfois deux ans après l'intervention d'urgence, et qui relèvent surtout de l'évolution ultérieure d'un autre ulcère ou bien encore de la même ulcération poursuivant son évolution.

Quelle peut être la cause de l'hémorragie ?

ELLSWORTH ELIOT semble attacher une importance considérable à la présence d'un ulcère coexistant,

ignoré du chirurgien, et continuant son évolution lente et sournoise et arrivant à ronger les parois d'un vaisseau plus ou moins important. Nous aurons une hémorragie, sans arrêt, dans la cavité gastrique.

Les observations de KROGIUS, KÜTTNER, ALBRECHT, portant sur 7 cas d'hémorragies secondaires survenues du 6^e au 21^e jour après l'opération d'ulcères perforés, traités par la gastro-entérostomie simple ou complétée par la suture, viennent confirmer l'existence d'une deuxième ulcération. L'évolution de celle-ci n'est en rien arrêtée par la présence d'une gastro-entéroanastomose de dérivation, mais nous ne croyons pas cependant que la fréquence d'une ulcération macroscopique, coexistante, soit très grande.

KÜMMER, de Genève, ne parle pas de la présence d'une ulcération, passée inaperçue au cours de la première intervention.

POLONY ne donne pas, dans sa communication, les résultats de la nécropsie.

Chez le premier de nos malades (Observation II) l'autopsie a révélé la présence d'un ulcère cicatricé, de la petite courbure, et l'ulcère prépylorique perforé, dont les sutures avaient parfaitement tenu. Il n'y avait rien au niveau de la muqueuse gastrique ; l'hémorragie semblait s'être faite en nappe par de petits capillaires.

Certains auteurs ont pensé que l'hémorragie pouvait être attribuée à l'insuffisance des sutures.

Ceci peut être vrai dans les hématomésés survenant d'une façon foudroyante, dans les heures ou les premiers jours qui suivent l'intervention. Le fil peut

déchirer la paroi gastrique particulièrement friable autour de l'ulcère et, de ce fait, entraîner des hémorragies parfois très importantes.

La chute de l'escharre, à partir du 10^e jour, peut également être la cause d'hémorragie en quelque sorte secondaire.

Mais il nous semble surtout qu'un facteur entre en cause : *c'est l'Infection.*

Pierre DUVAL ET STULZ, Pierre DUVAL ET MOUTIER, à plusieurs reprises, ont montré, à la Société de Chirurgie de Paris, le rôle important que jouait la septicité des parois gastriques dans l'évolution de l'ulcère de l'estomac perforé. Ne pouvons-nous invoquer l'infection comme grande cause des hémorragies post-opératoires ?

L'Etude des observations va nous permettre d'appuyer cette façon de voir. Nous n'avons pas de détails sur le malade mort d'hémorragie, signalé par KRAMER ; et les détails fournis par ELIOT, sur les cas d'hématémèse rapportés par lui, ne sont pas suffisamment précis pour que nous puissions en tirer quelque conclusion.

La malade de POLONY a vu survenir son hématémèse brutalement, alors qu'elle se levait déjà et allait quitter bientôt la clinique.

Mais nos deux cas sont particulièrement intéressants à étudier : notre premier malade, au 9^e jour après l'intervention, voit sa température monter à 38°5-39°, son pouls battre à 120-130. Un point de côté, violent, apparaît ; quelques crachats hémoptoïques se font jour et, d'emblée, *on porte le diagnostic d'in-*

farctus. Deux jours après, l'hématémèse fait son apparition.

Notre Observation III, pour être moins démonstrative au point de vue qui nous intéresse, signale, cependant, que l'avant-veille de l'hémorragie, le malade a vu son pouls passer de 75 à 95 pulsations par minute, et la température s'élever à 37°5.

C'est donc que, chez nos deux malades, l'hématémèse a été précédée d'une période d'infection assez marquée. Et ceci vient à l'appui de ce que signalent déjà Pierre DUVAL ET MOUTIER, en 1924 :

« *La gastro-entérostomie ne suffit pas à supprimer toute la septicité de la paroi d'un estomac ulcéréux.* »

L'évolution même vers la perforation montre combien l'agent infectieux est virulent. Ce n'est pas la simple suture, pas même la gastro-entérostomie, qui viennent influencer la virulence de l'infection, et l'on peut de la sorte concevoir aisément que l'agent infectieux joue, dans l'évolution même de l'ulcère perforé traité chirurgicalement, un rôle particulièrement important.

La meilleure preuve n'en est-elle pas dans la fréquence si grande des accidents respiratoires après des interventions, cependant rapides, et avec le minimum d'anesthésie ? Dans ces hémorragies précédées d'une période fébrile et d'accidents tels que l'infarctus pulmonaire, l'infection ne joue-t-elle point le plus grand rôle ?

Que conclure donc de ces notions d'étiologie ?

Ni la suture simple, ni la gastro-entérostomie, ni

la combinaison des deux méthodes, ne mettent à l'abri des hémorragies graves post-opératoires, après la perforation d'ulcères gastro-duodénaux.

Leur fréquence est aussi grande au cours de ces trois séries d'opération.

Elles reconnaissent pour cause, assez rarement, un autre ulcère passé inaperçu à la première intervention ou développé depuis lors ; plus rarement encore, elles sont provoquées par la suture elle-même, déchirant un tissu fragile, ou encore par la chute de l'escharre. Elles nous paraissent, surtout, être la conséquence directe de la septicité de la paroi gastrique, non influencée par la gastro-entérostomie.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Après les conditions étiologiques si complexes que nous venons d'exposer, présidant à l'apparition des hémorragies graves post-opératoires sur ulcère gastro-duodénal perforé, il est aisé de comprendre que *les constatations faites post-mortem soient tout à fait dissemblables.*

Certains auteurs et, en particulier, KROGIUS, KÜTTNER et ALBRECHT, ont trouvé, par deux fois, une ulcération à l'emporte-pièce, ayant atteint l'*artère splénique*. DAHLGREN signale même un ulcère érodant la *veine-porte*. Cette ulcération présente les *caractères communs aux érosions*, de même origine, *touchant la muqueuse gastrique.*

Les bords sont décollés, à pic, et dans le fond de l'ulcère, on aperçoit, largement béant, le vaisseau qui saigne, dont les parois sont complètement rongées.

Ces faits confirment nettement notre première théorie étiologique sur les causes même de l'hémorragie, à savoir l'ulcération, passée inaperçue au cours d'une intervention d'urgence pour perforation, d'un second ulcère. Et, à ce propos, qu'on nous permette de faire une remarque : la gastro-entérostomie n'a pas influencé favorablement l'évolution de cet autre ulcère.

Nous n'irons certes pas, avec Eliot, jusqu'à dire que cette opération peut, dans certains cas, hâter l'évolution de cet ulcère.

Ce que nous pouvons cependant affirmer, c'est que *la gastro-entérostomie, pratiquée isolément, ne saurait suffire à enrayer l'évolution de cette seconde ulcération vers la perforation ou vers l'hémorragie.*

A la suite de telles constatations, nous est revenue en mémoire l'hypothèse, émise par certains auteurs, sur *la virulence extrême de certaines maladies ulcéreuses par rapport à d'autres.* Les observations précitées y apportent confirmation.

Il est des cas où l'on a pu incriminer l'insuffisance des sutures. Nous n'avons pas retrouvé, dans la littérature, tant française qu'étrangère, un seul exemple où le protocole d'autopsie ait relaté cette complication particulière. Cependant cet accident qui se produit en d'autres milieux infectés peut, nous semble-t-il, avec juste raison, survenir au niveau de l'estomac.

Mais il est surtout intéressant d'étudier les lésions que nous avons pu constater au cours de l'autopsie de notre malade. *L'estomac est rempli de sang.* L'examen de la paroi gastrique montre que *l'enfouissement de la suture a parfaitement tenu, malgré la largeur de la perforation. Le péritoine est intact ; la brèche est complètement bouchée, le surjet est étanche. La suture ne peut donc être mise en cause.* La recherche du bouton de Jaboulay, au niveau de l'orifice de la gastro-entérostomie, montre que *celui-ci est parfaitement en place ; aucune suffusion sanguine à l'en-
tour.*

L'ouverture de l'estomac va nous révéler deux points particulièrement remarquables.

D'abord, au niveau de la petite courbure, *la cicatrice d'un ulcère ancien*, dont les caractères sont tels, *qu'on ne peut prétendre en rien trouver ici la cause de l'hémorragie.*

Au-dessous, dans la région prépylorique, se voit la *large ulcération suturée et enfouie*. On cherche en vain trace d'un vaisseau qui saigne. Au fond de celle-ci et *on ne retrouve absolument aucune trace d'une artériole ou d'une veinule quelconques*. Les parois gastriques, congestionnées et infiltrées, présentent nettement l'aspect du piqueté hémorragique.

Ainsi donc, ne trouvons-nous aucune trace nette de vaisseaux saignant dans l'estomac ? Il s'agit d'hémorragie capillaire importante, que l'infection de l'ulcération peut suffire à expliquer.

Si l'on veut agir sur la cause hémorragique, il faudra nécessairement supprimer et l'ulcération, et la région de voisinage. On pourra, ainsi, éviter cette sorte d'hémorragie en nappe, sur laquelle la thérapeutique interne et la gastro-entérostomie ne peuvent avoir que bien peu d'action.

Enfin, devant le caractère bien spécial d'une hémorragie en nappe, provenant d'une ulcération, *pourtant suturée, et de son pourtour*, nous avons recherché si nous n'avions pas à faire à cette catégorie particulière d'individus présentant des troubles évidents de leur *crase sanguine*.

Nous avons fouillé la littérature concernant les antécédents des malades, pensant retrouver quelques

notions utiles, susceptibles d'étayer cette hypothèse. Mais rien n'est venu la justifier.

Passant volontairement sous silence les malades de la statistique d'Eliot, sur lesquels nous manquent les renseignements précis des antécédents, nous avons tenu compte des observations de POLONY et de KRAMER.

Dans le cas de KRAMER, la malade n'a jamais présenté de phénomènes susceptibles de faire penser à quelques troubles de cet ordre particulier.

Chez nos deux malades, on note la notion absolument certaine d'éthylisme. Est-ce suffisant pour penser que l'hématémèse brutale survient plus volontiers chez des individus dont la fonction hépatique est lésée, et chez qui la coagulation sanguine est moins bonne ? Nous ne le croyons pas. Toutefois, nous pensons qu'il vaut mieux prêter attention à cette *question de terrain* et, au besoin, instituer une thérapeutique prophylactique des accidents hémorragiques, que les antécédents de certains malades pourraient laisser prévoir.

Ainsi l'anatomie pathologique nous renseigne sur la possibilité d'ulcération vasculaire par un ulcère ignoré en évolution, sur l'hémorragie secondaire provoquée par la suture, sur l'hémorragie en nappe sans ulcération de vaisseaux, visible macroscopiquement.

Enfin, elle nous laisse prévoir que la question de terrain entre en ligne de compte et qu'il ne faut pas méconnaître cette notion au cours des suites opératoires d'un ulcère gastro-duodéal perforé.

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

La symptomatologie de ces hémorragies graves, survenant dans les suites opératoires des ulcères gastro duodénaux perforés, n'offre pas une unité absolue.

Nous avons déjà insisté sur le fait que nous n'avons pas en vue, dans cette étude, les petites hématomèses, peu abondantes, survenant le soir ou dans la journée qui suit l'intervention d'urgence. Ces hématomèses ont, pour caractère principal, de n'être pas alarmantes ; le pouls se maintient au même niveau, la température n'est aucunement influencée, le malade rejette un peu de sang rouge mêlé à des caillots, et peut présenter, également, de petits mélœnas. Le plus souvent, tout rentre dans l'ordre, et le malade s'achemine, peu à peu, vers une guérison que cet incident n'est en rien venu retarder.

Parfois, cependant, la petite hématomèse se répète à deux ou trois reprises. Mais là encore, aucun symptôme particulier n'accompagne ce vomissement de sang. Le malade seul, et surtout son entourage, s'en alarment. Le chirurgien sait bien que par une thérapeutique simple (lavage d'estomac tiède, de faible quantité, et à faible pression, glace sur le ventre, mé-

dication hémostatique) il arrivera à enrayer cet écoulement sanguin peu considérable sans que, pour cela, son opéré soit plus shocké.

Ces hémorragies là sont fréquentes et parmi ceux qui s'occupent de chirurgie gastrique, il en est bien peu qui n'aient été appelés à en constater. *La scène clinique des hémorragies qui nous intéressent est autrement dramatique, et il nous faut en étudier les prodômes, les symptômes purs, les suites même.*

Le plus souvent, c'est du 7^e au 21^e jours que l'hémorragie grave est à craindre. Dans les observations que nous avons pu consulter, la plupart des auteurs signalent des suites troublées avant l'apparition même de l'hématémèse. La plupart des complications signalées sont d'ordre pulmonaire et l'une d'elles, en particulier, a attiré notre attention : *c'est l'infarctus.*

Les auteurs ont constaté sa présence fréquemment dans les jours qui précèdent l'hématémèse. Notre Observation II signale l'apparition d'un Infarctus, trois jours avant l'extériorisation de l'hémorragie.

Mais surtout, *deux signes objectifs* ont à nos yeux une grande importance . *c'est l'accélération du pouls avant l'hémorragie, c'est l'élévation de la température.*

L'accélération du pouls est constamment signalée dans les différentes observations que nous avons consultées. Il est certain qu'un pouls, régulier jusqu'alors et qui, brusquement, subit une ascension, ne signifie pas fatalement hémorragie. Les ulcères gastro-duodénaux perforés sont menacés de telles complications, sont soumis à de telles variations dans leur évolution

post-opératoire, que l'on ne peut s'appuyer sur ce symptôme unique pour affirmer la possibilité d'une hématomèse. Néanmoins, cette accélération du pouls, surtout survenant tardivement, a une valeur certaine, et si elle ne veut pas dire toujours : *hémorragie probable*, elle doit cependant la faire craindre et inciter le chirurgien à tout tenter pour empêcher son apparition.

Elle prend une importance bien plus grande encore si elle est liée, comme c'est la coutume, à une élévation de température même légère. Comme l'accélération du pouls, cette élévation de température, survenant tardivement, veut dire : *complication sanguine*. Si l'on pense plutôt à la phlébite (rare cependant après les interventions sur l'estomac) on ne doit pas oublier l'hémorragie, et nos observations en font foi.

Un troisième symptôme de grande valeur, mais de fréquence moindre, et plus difficile à constater, est le *mélœna*. Il apparaît généralement la veille ou l'avant-veille de l'hématomèse grave ; il est d'importance variable. Le plus souvent, au début du moins, il s'agit de *petits mélœnas*, dont l'importance, lorsqu'ils sont constatés, est cependant considérable. Parfois, ce sont de véritables gros écoulements de sang ne précédant, alors, que de quelques heures l'extériorisation du sang par la bouche. Encore une fois, ces *mélœnas*, pour avoir une valeur diagnostique certaine, doivent être tardifs, et l'on ne saurait prendre pour symptômes d'une hématomèse prochaine, les émissions sanguines intestinales qui suivent, presque régulièrement, l'intervention.

Il faut, de plus, qu'ils entrent dans le tableau général : ajoutés à l'accélération du pouls et à la température, ils sont de bons symptômes avant-coureurs d'une hématomèse grave.

Nous nous permettons d'insister sur ce point :

Pris séparément, *les trois signes que nous venons de détailler n'ont aucune spécificité. Mais lorsqu'ils sont associés, ils se renforcent mutuellement dans une proportion considérable, et c'est la presque certitude d'une complication hémorragique redoutable.*

Les phénomènes subjectifs sont réduits au minimum.

Le malade n'accuse, le plus souvent, aucun symptôme particulier bien caractéristique. Il se croit, enfin parvenu au terme de l'évolution d'une période opératoire, toujours assez troublée, au moins dans les premiers jours. Au moment où il entrevoit la possibilité de reprendre dans peu de temps ses occupations et, à nouveau, une vie régulière, subitement interrompue par un accident violent, le malade, qui ne ressent aucun trouble, ne songe qu'à sa guérison prochaine. S'il est plus énervé ou plus abattu que la veille, la cause en est, peut-être, dans la constatation qu'il a faite de l'élévation de sa température, ou de l'accélération de son pouls. *L'agitation est rare.* Le malade boit et mange régulièrement.

Brusquement, l'hématomèse survient. Le plus souvent, c'est sans cause apparente. Parfois, cependant, c'est dans les heures qui suivent l'ingestion d'aliments ou de boissons. Cette hémorragie se présente habituellement sous *deux aspects cliniques différents* :

Tantôt, elle est *fractionnée et répétée* à plusieurs heures d'intervalle, tantôt *l'écoulement du sang est brutal*, abondant, sans arrêt, évoluant rapidement, si l'on n'intervient pas, vers une issue fatale.

Quels sont les caractères cliniques de cette hématomèse ? Elle affecte, dans les deux cas, les *caractéristiques habituelles de l'hémorragie gastrique*. Le plus souvent : aérée, mêlée à des débris alimentaires ; le sang expulsé est rouge, pur, sans caillot. Le malade le rejette généralement sans autre effort que celui du vomissement. Parfois une *salivation abondante, à goût métallique caractéristique*, précède l'émission sanguine.

Le vomissement est généralement important, et la quantité de sang oscille entre 150 et 1.000 grammes. Ces chiffres varient, d'ailleurs, d'un malade à l'autre ; mais *la caractéristique des hématomèses graves, même fractionnées, est d'être toujours abondantes*.

Parfois, *un seul vomissement de sang important*, fait son apparition. Il est alors suivi de *tous les symptômes dont s'accompagnent les grosses hémorragies*. D'autres fois, au contraire, le malade vomit 100 gr. de sang environ, puis, à la suite d'un traitement précoce, ou spontanément, par simple repos, le vomissement cesse. L'estomac, qui s'était vidé, se remplit à nouveau lentement et, brusquement, *une nouvelle hématomèse de sang rutilant est rejetée*.

On présume, a priori, qu'une telle déperdition sanguine, soit unique, soit fractionnée, ne peut aller sans une *série de symptômes qui sont les signes habituels de l'hémorragie interne*. Si nous les étudions ici, c'est

qu'ils ont, *au point de vue pronostic*, une valeur énorme.

Et, en effet, accompagnant l'hématémèse, surtout si elle est unique et brutale, apparaît une *tendance lipothymique très accusée*. Souvent l'émission sanguine est suivie de syncope. C'est le cas du malade de KROGIUS, succombant à une hémorragie intra-gastrique après ulcération de l'artère splénique. C'est ce que l'on retrouve signalé dans les observations de KÜTTNER et ALBRECHT. De même que, au cours d'une inondation péritonéale, la syncope survient après la rupture de la trompe, de même ici, *l'état lipothymique va de pair avec les grosses hématémèses. Et la gravité de l'état syncopal est bien souvent fonction de la gravité de l'hémorragie.*

Le pouls, jusqu'alors accéléré, devient petit, filant, incomptable. A peine sent-on, sous le doigt qui les comprime, de faibles pulsations, se succédant avec rapidité. La *tension artérielle* baisse rapidement. La *température*, qui s'était relevée, tombe au-dessous de la moyenne, immédiatement après l'hémorragie. Très souvent enfin, surtout s'il s'agit d'hématémèses fractionnées et à répétition, un *mélaëna précocé* ne tarde pas à se faire jour.

L'aspect clinique du malade est caractéristique d'une complication hémorragique grave. Alors que, quelques heures auparavant, nous l'avions vu euphorique, ayant « repris goût à la vie », brusquement le tableau clinique a changé : sans force, dyspnéïque, les lèvres décolorées, les conjonctives exsangues, d'une pâleur cireuse, le même malade se présente à nous

sous un tout autre aspect : ses extrémités sont froides et pâles, sa voix est faible, sans portée ; il gît sans mouvement et l'on a, d'emblée, l'impression d'une anémie aiguë par hémorragie grave.

Comment se fait l'évolution d'une telle anémie ?

Très rarement, l'hématémèse cesse, l'hémorragie s'arrête spontanément, et le malade recouvre la santé peu à peu, après une thérapeutique active et un repos au lit considérable. *La longue statistique d'Eliot ne comporte que deux cas de guérison.*

Un malade de Mühsam, au 20^e jour après une perforation d'ulcère gastrique, traitée par gastro-entéro-anastomose postérieure complétant une suture, fit une hémorragie très abondante. Mais peu à peu, grâce à des applications de glace sur le ventre, une immobilisation absolue, une transfusion importante et une médication anti-hémorragique, il put être sauvé de cette complication.

Un deuxième cas, cité par le même auteur, a été rapporté par LAMBOTTE en 1906 ; il concerne un malade ayant présenté une hémorragie grave dans les suites opératoires d'un ulcère perforé, traité par simple gastro-entérostomie. Le malade guérit, semble-t-il, sans traitement particulier, autre que le repos, la médication coagulante et la glace sur le ventre.

Mais il faut bien reconnaître que *le plus souvent, quel que soit le type hémorragique, l'évolution est fatale vers la mort* ; c'est ce qui ressort des statistiques d'Eliot et de l'étude des cas de Polony et de Kramer.

Mais quels sont les faits cliniques permettant de prévoir l'évolution fatale de l'affection ?

C'est d'abord l'abondance de l'hémorragie, constatée et interprétée par le chirurgien. Puis, c'est l'état *syncopal*, fonction de la gravité de cette hémorragie.

Dans le cas d'hématémèses à répétition, un signe conserve une grande valeur : *c'est le pouls*. Il faut surtout dans ce cas, *ne pas en perdre le contact* : ses modifications peuvent permettre de prévoir une amélioration ou, encore, renseignent sur la durée de l'hémorragie.

Enfin, pour achever un examen complet du malade, il est certain que *nous devons, par une palpation soigneuse de l'abdomen, rechercher les signes concomitants d'une hémorragie interne dans la cavité péritonéale*. Dans certains cas, elle peut encore venir compliquer le tableau, déjà grave, de l'hémorragie dans la cavité gastrique.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic.

La gravité du tableau clinique exposé plus haut est éclatante. Reste à déterminer l'origine de l'hémorragie. Cependant, si le diagnostic est facile au moment de l'émission sanguine, il est difficile à porter à la période des prodromes.

Après le premier lever, par exemple, on voit une ascension du pouls et de la température. Il est moins fréquent de constater ces mêmes symptômes comme *signes de début d'une phlébite*, complication rare après ces sortes d'intervention. Enfin, il ne faut pas oublier que l'*infarctus pulmonaire* donne, au début, de l'accélération du pouls et de l'élévation de la température.

Un symptôme acquiert la plus grande importance lorsqu'il est associé aux deux précédents : *c'est le*

méloëna. Son apparition aiguille l'esprit vers un accident hémorragique digestif qui peut avoir une extrême gravité.

Il est regrettable que le diagnostic certain ne soit posé, le plus souvent, qu'à l'apparition de l'hématémèse ; la gravité est alors fonction de la quantité de sang épanché et des signes d'anémie concomitants.

En résumé, les hémorragies sont tardives; elles sont souvent précédées d'accélération du pouls, d'élévation de température, de méloënas. Généralement, l'hématémèse est brutale, abondante, d'un seul jet. Parfois, cependant, elle est fractionnée, répétée avec des symptômes d'anémie grave progressive qui, dans la plupart des cas, malgré un traitement médical insuffisant, emporteront le malade très rapidement.

Il s'agit donc d'une complication grave dont le diagnostic est facile devant une hématémèse, mais qui demeure, néanmoins, très délicate à prévoir d'une manière absolue, car elle est d'une extrême rareté.

Aussi nous a-t-il paru intéressant, pour illustrer ce tableau clinique, d'exposer ici une observation de Polony rapportée par Basset à la Société de Chirurgie de Paris, deux observations que M. Pierre BERTRAND a présentées à la Société de Chirurgie de Lyon en mai 1929, et qu'il a bien voulu nous confier, et l'observation de Silhol, de Bruxelles (cas rare d'ulcère perforé juxta-cardiaque).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Bull. et Mém. Soc. Ch. de Paris. Séance du 2 février 1929)

OBSERVATION DE POLONY

M^{me} M..., 45 ans : *Ulcère pré-pylorique. Opération à la troisième heure. Enfouissement simple. Décès le quinzième jour par hématomèse foudroyante.*

Vieux passé gastrique depuis 20 ans. — 13 avril 1926 : à 18 heures, douleur en *coup de poignard* au niveau du creux épigastrique ; vomissements continus hypéracides. Défense généralisée. Adressée à la clinique avec le diagnostic d'ulcère perforé.

A 21 heures, laparotomie. Epanchement citrin généralisé, enfouissement facile en trois plans d'un ulcus prépylorique ; drainage sous-hépatique et du Douglas par boutonnière sous-ombilicale ; ablation des drains le 4^{me} jour.

Suites simples ; lever au 13^{me} jour.

Le 15^{me} jour, veille du départ de la clinique, hématomèse foudroyante. Transfusion à effet fugace. Mort en deux heures.

OBSERVATION II

(Obs. inédite de la clinique de M. le Professeur TIXIER)

An... Baptiste, 30 ans : *Perforation d'un ulcus gastrique de la grosseur d'une pièce de 50 centimes (face antérieure du pylore). Infarctus pulmonaires multiples. Hémorragies secondaires abondantes. Mort.*

Passé gastrique ancien remontant à 5 ans. *Ethylisme certain et avoué* ; évolution par crises douloureuses, avec

périodes de rémission, une heure ou deux après les repas, calmées par *vomissements provoqués*. Ni mélœna, ni hématomèse. Régime depuis 4 ans ; ne souffre plus depuis un an.

18 janvier 1929, brusquement, 4 heures 1/2 après le repas, douleur violente, brutale. soudaine, en *coup de poignard*.

Opéré d'urgence à l'infirmerie de porte à l'Hôtel-Dieu (Pierre Bertrand), 5^{me} heure. A cause de la contracture plus marquée dans la fosse iliaque droite, incision de Mac Burney : présence de liquide glaireux ; drain dans le Douglas. Laparotomie sus-ombilicale médiane : énorme perforation, enfouissement très difficile sous une bourse à la soie (les fils coupent) peu satisfaisante. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, au bouton de Jaboulay. Drain au contact de l'enfouissement.

Suites compliquées au 9^{me} jour : point violent du côté gauche, ascension de la température à 38°5, 39° ; le poulx à 130 ; expectoration rouge : *le malade a fait un infarctus*. On a constaté du mélœna.

Malgré la défense qui lui en a été faite, le malade a fumé, il a mangé, et bu du champagne et l'eau qui devait servir de gargarisme !

Le 10^{me} jour, la température se maintient élevée ; le malade présente tous les signes *d'hémorragie interne* : lipothymie, pâleur, poulx devenant plus petit ; *nouveaux mélœnas*.

Le 12^{me} jour, malgré les piqûres d'huile camphrée, les injections répétées de sérum, le malade meurt, après avoir émis par l'anus une très abondante quantité de sang noir sirupeux.

Nécropsie (opposition).

On prélève cependant l'estomac :

Présence de deux ulcus : l'un au niveau de la région pré-pylorique ; l'autre au niveau de la petite courbure, cicatrisé. L'enfouissement a bien tenu : pas de lésions péritonéales.

OBSERVATION III

(Obs. inédite de la clinique de M. le Professeur TIXIER)

Lim... Romano, 50 ans : a) *Perforation gastrique lenticulaire de la face antérieure du pylore ; enfouissement. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique ; mélœna dans les suites.* — b) *Gastro-pylorectomie ; fistule duodénale. Guérison.*

Anesthésie locale suffisante jusqu'à l'enfouissement de la tranche gastrique. Puis éther goutte à goutte, à la reine, pour les manœuvres de traction sur le duodénum.

Aucun antécédent gastrique, affection ignorée. *Ethylisme certain et avoué.*

18 janvier 1929, aucun prodrome ; au cours du travail, 4 heures $\frac{1}{2}$ après le repas, *violente douleur, transfixiante* « à se rouler par terre ».

Intervention d'urgence, Porte de l'Hôtel-Dieu : perforation gastrique, 5^{me} heure (Pierre Bertrand).

Perforation lenticulaire sur la face antérieure du pylore, enfouissement sous deux bourses, satisfaisante. Gastro-entérostomie postérieure transmésocolique, au bouton de Jaboulay. Drain dans le Douglas par une incision sus-pubienne.

Suites simples, état local et général parfaits *jusqu'au 17^e jour* (4 février).

La température reste normale, le pouls passe de 75 à 95, mélœna ; le lendemain, la température ascensionne, le pouls tombe à 70, mais *quantité beaucoup plus grande de sang noirâtre dans les selles*. Transfusion (100 cm³).

Nouvelle intervention (7 février 1929, Pierre Bertrand).

Gastro-pylorectomie : section gastrique passant à deux centimètres à droite de la bouche de gastro-entérostomie. Fermeture de la paroi gastrique très satisfaisante. Le duodénum est enfoui sous trois plans. Drain au contact du moignon duodénal.

Suites marquées par vomissements et ballonnement abdominal, cédant au lavage d'estomac et au sérum, température entre 37°5 et 38°.

9^e jour : apparition d'une *fistule duodénale*.

Traitement par l'*Insuline* (15 unités par jour) ; *sérum* (500 cm³ chaque jour) et CaCl² (7 gr. par jour).

La température baisse progressivement, l'état général et local s'améliorent. La fistule se tarit progressivement.

Malade revu le 15 mai 1929, état général excellent, bonne digestion, pas de vomissements.

Guérison.

OBSERVATION IV

OBSERVATION DE SILHOL

(*Rapport sur un travail de Y BOURDE (Bruxelles).*

(*Résumée*)

G... Alphonse, 48 ans, journalier. Vu le 3 décembre par un médecin qui l'envoie à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic d'ulcus gastrique probable en évolution.

A la radio : ulcère de la petite courbure.

Le lendemain, le malade ressent *une douleur brutale : signes de perforation*.

Intervention trois heures et demie après le début des symptômes.

Laparotomie médiane sus-ombilicale Résection discutée, mais impossible à entreprendre, car la callosité se trouve trop haut située vers le cardia.

Suture. Oblitération de la brèche par points séparés. Surjet séro-séreux recouvrant la première suture.

Epiplooplastie. Pas de gastro-entérostomie.

Suites simples. Apyrexie complète. Ventre souple. Selle le 3^e jour. Le 4^e jour, alimentation liquide. Le 5^e jour, *hématémèse foudroyante, abondante. Mort.*

Autopsie : Gros estomac. Suture intacte. L'estomac est rempli de sang. A un doigt en avant de la petite courbure, on trouve un ulcus (50 centimètres) avec, au fond, le vaisseau qui a saigné.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Discussion

Le *pronostic* des hémorragies que nous avons étudiées semble donc, la plupart du temps, fatal : 2 % de guérisons à peu près dans les hémorragies graves.

Sauf le cas de MÜHSAM et de LAMBOTTE, on ne retrouve pas, dans la littérature, de malades guéris sans *traitement chirurgical*. Le traitement médical paraît surtout illusoire. Certes, il ne faut pas le négliger, et il reste, malgré tout, au début de l'hémorragie, d'un certain secours. S'il ne donne pas de résultat, c'est que l'écoulement sanguin est trop abondant et qu'aucune thérapeutique médicale n'est capable de l'arrêter.

Le repos doit être absolu. Le malade, entièrement immobile, est étendu dans son lit, réchauffé par des bouillottes. La tête est placée légèrement basse ; on prendra la précaution de mettre de la glace sur le ventre, et, au besoin, d'en faire sucer quelques morceaux au malade.

Toute la thérapeutique hémostatique doit être mise en jeu. On fera :

Du sérum de cheval, soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées ou intramusculaires ;

Du chlorure de calcium, sous forme de potion, à

dose élevée ou, mieux encore, en injections intra-veineuses ;

De l'ergotine ou de la pituitrine, en injections sous-cutanées ;

Du sérum gélatiné intra-veineux ; ou enfin :

Du citrate de soude, en solution intra-veineuse.

Tous ces moyens ont peu d'influence sur l'évolution des hémorragies graves. Rarement, on les verra s'arrêter et, de même qu'il est illogique de traiter une inondation péritonéale par une médication interne, de même l'hématémèse grave, dans les suites opératoires d'une perforation d'ulcère, n'est justiciable que d'un traitement chirurgical.

Le *lavage d'estomac* sera-t-il indiqué dans ces cas ?

Nous pensons que, si l'hémorragie n'est pas trop abondante, on pourra le pratiquer *avec beaucoup de douceur* et beaucoup de précautions. *L'eau de lavage* de la poche gastrique sera, en tous cas, stérile ; tiède, ou plutôt chaude. *Le lavage lui-même* sera fait à faible pression, en veillant soigneusement à ne faire passer qu'une petite quantité d'eau à la fois. Ce traitement, si efficace au cours des hémorragies légères qui suivent la mise en place d'un bouton, ne paraît pas donner ici des résultats suffisants. L'hémorragie est trop grave, trop importante pour être influencée par cette thérapeutique simple, qu'il est cependant toujours facile et indiqué de tenter.

Il y a une méthode sur laquelle nous devons insister maintenant : c'est la *transfusion sanguine*, employée dans un but hémostatique. On sait l'action remarquable qu'apporte un sang étranger à l'organisme

dans les phénomènes de coagulation. Cette action a pu, à maintes reprises, être employée en chirurgie d'urgence. De nombreux succès ont, de la sorte, été inscrits à l'actif de la transfusion.

Nous voici en présence d'un malade saigné à blanc, il continue à perdre son sang ; la médication interne n'a eu aucun effet. Il est logique de tenter une intervention peu shockante qui, au contraire, a le mérite de remonter l'état général du malade. Celui-ci bénéficiera, pendant quelque temps, de l'apport de matériaux, s'échappant par ses capillaires largement ouverts.

Nous ne savons pas quels sont les résultats d'une transfusion faite dans un but hémostatique, au cours d'hémorragies succédant à une suture ou à une gastro-entérostomie pour ulcère gastro-duodéal perforé.

POLONY signale dans l'observation que nous rapportons: « *Au 15^e jour, transfusion à effet fugace. Mort en deux heures.* » Les détails nous manquent, certes, pour tirer une conclusion précise de ce fait. Il en est de même, malheureusement, de presque toutes les observations que nous avons pu consulter. Aucune n'est explicite sur les moyens thérapeutiques employés pour juguler l'hémorragie.

Chez un de nos malades (Observation III), une transfusion de 100 cc. semble avoir relevé l'état général, sans arrêter l'hémorragie. Cependant, cette méthode est à essayer, à condition de se tenir à de petites transfusions (100 à 150 cc.) répétées au besoin ; elles sont plus faciles à faire et donnent, par surcroît,

des résultats hémostatiques surprenants en cas d'hémorragie itérative.

A part cette méthode, reconnue insuffisante, que pourrons-nous tenter ? Si l'hémorragie apparaissait uniquement après les sutures simples d'ulcères perforés, on pourrait incriminer facilement l'absence de gastro-entéro-anastomose. Nous avons vu, déjà, que les hémorragies sont tout aussi fréquentes dans les suites de gastro-entérostomie et de suture associées. *On ne peut donc préconiser cette opération comme traitement des hémorragies gastriques : elle est nettement insuffisante.*

Un principe essentiel s'avère, nous semble-t-il, évident à première vue : pour arrêter l'hémorragie, il faut supprimer la surface gastrique qui saigne. C'est, évidemment, la zone qui correspond à l'ulcère. *Et, de fait, la gastro-pylorectomie se pose, comme l'intervention de choix, pour l'excision des ulcères perforés siégeant au niveau du pylore et qui saignent.* Théoriquement en effet, elle paraît devoir donner les meilleurs résultats ; en supprimant l'ulcère, elle supprime par là-même la cause de l'hémorragie. Elle favorise le bon fonctionnement de la bouche de gastro-entérostomie. Elle doit donc assurer au malade une guérison rapide.

Mais l'ulcère ne siège pas fatalement sur la région pylorique seule. Ce cas, bien que rare, est rapporté plusieurs fois. S'il y a possibilité de gastrectomie partielle, il semble qu'elle doive être tentée devant la gravité de l'hémorragie : *l'hésitation n'est pas permise et l'opération doit être aussi radicale que possible.*

L'ablation de l'ulcère n'est à rejeter vraiment que lorsque ce dernier est situé à proximité du cardia. L'intervention, dans les régions hautes de l'estomac, pour gastrectomie, est, à l'ordinaire, sinon impossible, du moins toujours très difficile à mener à bonne fin (cf. Observation IV).

La pylorectomie, supprimant la zone qui saigne, nous semble donc l'opération de choix, indiquée dans les hématomés graves. Mais ce n'est point une opération simple.

Au cours de la première intervention, pratiquée d'urgence, le chirurgien n'a pas voulu la tenter d'emblée comme traitement de la perforation. C'eût été allonger la durée opératoire, courir des risques d'hémorragie plus grands et shocker le malade davantage.

C'est là, nous semble-t-il, la raison principale qui a poussé le chirurgien à ne faire qu'une suture, complétée par une gastro-entérostomie au bouton. Evidemment, s'il avait songé aux complications hémorragiques graves, possibles dans les suites opératoires, il se fût trouvé dans une situation délicate. Dans quel cas, en effet, l'état du malade est-il le plus précaire, avec une perforation d'ulcère, opérée en temps voulu, ou sous le coup d'une hématomèse abondante, dont les suites sont malheureusement faciles à prévoir ? *L'intervention chirurgicale, sous forme de gastropylorectomie, nous paraît, seule, capable de sauver l'opéré.*

L'état général du malade, paraissant saigné à blanc, est cependant fort impressionnant : son pouls est

•

filant; son anémie est extrême. Supportera-t-il même le transport sur la table d'opération et, dans ce cas, pourra-t-il supporter une anesthésie ; l'ouverture de la paroi abdominale ne suffira-t-elle pas à l'achever ? Il faut cependant se résoudre à intervenir, car l'*abstention, c'est la mort du malade.*

Soins pré-opératoires

Il faut mettre du côté du chirurgien le maximum de chances de réussite. Le premier soin sera donc de remonter le malade ; il faut ici faire appel à tous les stimulants diffusibles qu'on peut avoir sous la main.

Les injections d'*éther*, d'*huile camphrée*, de *caféine*, de *strychnine* vont accélérer les battements du cœur et les rendre plus amples. L'état général du malade s'améliorera petit à petit, mais d'une façon très fugace. Il faut donc répéter ces injections non seulement au lit du malade, avant l'intervention, mais encore *pendant le cours de celle-ci*, sur la table d'opération, dès que le pouls commencera à fléchir ou que l'état général semblera baisser. Il sera bon, également, de faire *des inhalations d'oxygène.*

Faut-il faire du *sérum artificiel* ? Nous croyons qu'il est bon de mettre tout en œuvre pour que le malade puisse supporter l'intervention sans trop de risques. Il ne faudra donc pas reculer devant les doses massives de sérum artificiel, sous-cutané ou intramusculaire. Si l'hématémèse s'arrête, on pourra même faire au malade du sérum chaud adrénaliné, intraveineux, après dénudation de la veine au bistouri. La

quantité faite n'excèdera pas 250 à 350 cc., à cause même des troubles subjectifs éprouvés par un blessé ayant saigné beaucoup, lorsqu'on dépasse ces doses : frissons, sueurs froides, impression d'angoisse, dyspnée accentuée.

De toutes ces méthodes, dont l'activité est indéniable, la meilleure reste, à notre avis, la transfusion. Il faut à tout prix la tenter avant de conduire le malade à la salle d'opération, car la technique en est simple. C'est sur l'énorme valeur pré-opératoire de cette manœuvre que nous voulons encore insister ici.

Même à faible dose (100-150 cc.), elle permet de remonter le malade au moins temporairement. Il est évident que si l'on pouvait réaliser les transfusions de 500 à 600 cc. de sang pur, avant une intervention, on obtiendrait ainsi une amélioration suffisante pour tenter, avec le maximum de chances favorables, une opération malgré tout assez longue et quelque peu shockante.

Le traitement pré-opératoire acquiert donc, à nos yeux, une grande importance. Ce n'est que lorsqu'il aura été suivi point par point que le chirurgien pourra, sans trop de crainte, commencer à intervenir.

L'Anesthésie

Il ne saurait être question de pratiquer une anesthésie générale. Les forces précaires du malade ne semblent pas l'autoriser.

L'anesthésie locale trouve, par contre, ici une indication de choix. Elle sera faite avec la plus petite

quantité possible d'anesthésique, pour éviter tout danger d'intoxication. Le plus souvent, d'ailleurs, la paroi abdominale est facilement ouverte : on passe par la cicatrice, incomplètement fermée encore, de la première intervention. Une infiltration soigneuse du derme suffit généralement à abolir toutes les manifestations douloureuses. L'ouverture seule du ventre est redoutée par le malade et lui arrache des cris. Une fois le péritoine incisé, la gastro-pylorectomie peut être exécutée sans souffrance pour le patient, dont le shock post-hémorragique est considérable, et dont la sensibilité générale et locale sont très diminuées ou presque complètement abolies.

On pourra, d'ailleurs, si l'anesthésie locale se révèle insuffisante au cours de l'intervention, donner de l'éther ou du mélange de Schleicht goutte à goutte, « à la reine » : le malade, plongé dans un demi-sommeil, bénéficie des avantages de cette anesthésie, sans avoir à en redouter les inconvénients. Notre deuxième malade (Observation III) illustre la valeur de ce procédé.

L'Intervention

Une laparotomie sus-ombilicale est exécutée. On y adjoint parfois une *incision de décharge*, horizontale, sous-costale droite, de manière à faciliter les manœuvres, qui doivent être menées rapidement. Il faut explorer complètement l'estomac, se rendre compte avant tout, qu'il n'existe pas un autre ulcère non perforé, cause des hémorragies.

Cette exploration de l'estomac doit être soigneuse, car, souvent, la palpation permet de découvrir la trace d'un ulcère en évolution. Une simple petite cicatrice pouvait ne pas le déceler, ou facilement passer inaperçue. Si l'ulcère siège haut sur le cardia, le problème est difficile, et il faut appliquer, ici, la thérapeutique générale qui s'impose dans le traitement des ulcères gastriques haut-situés. L'exérèse est impossible, la gastro n'a pas été suffisante pour arrêter l'évolution progressive. On peut, et on doit tenter une gastrostomie transpylorique qui, en mettant l'estomac au repos, permettra, peut-être, d'arrêter l'hématémèse.

Plus fréquemment, l'ulcère sera situé sur la petite courbure ou sur la face antérieure de l'estomac, et plus facile à enlever. Dans ces cas, aucune hésitation : *l'exérèse s'impose*. Elle doit être assez large cependant, de façon à supprimer toute la surface qui saigne. Cette gastrectomie partielle sera faite d'après les goûts du chirurgien et suivant les facilités opératoires et la technique habituelle. Le grand principe des interventions d'urgence conserve ici toute sa valeur :

Il faut être rapide, et faire assez, au moyen de l'intervention la plus simple et la moins shockante.

Certes, nous savons que la gastrectomie partielle, même lorsqu'elle se présente dans des conditions opératoires idéales, n'est pas une intervention simple et rapide. Ici, chez un malade en plein shock hémorragique, elle est encore plus grave ; mais c'est le seul traitement que l'on puisse tenter, et il faut l'exiger.

Bien souvent, l'exploration ne révèle la trace d'aucun ulcère, la perforation gastro-duodénale primitive

est parfaitement étanche. La cicatrisation est même généralement très avancée. La bouche de gastro-entérostomie semble fonctionner admirablement, l'exploration ne montre rien d'anormal. C'est le cas de notre second malade (Observation III).

Ici intervient la notion d'hémorragie, essentielle en quelque sorte, due à l'évolution de l'ulcère perforé, et dans laquelle l'infection semble jouer un rôle relativement important. Il faut donc en arriver à la résection de toute la zone ulcérée et pratiquer une gastropyloréctomie.

Ici encore, le chirurgien connaît la gravité de cette intervention ; *il faut cependant, tout en étant rapide, que la gastro-pyloréctomie soit assez large, et sur l'estomac, et sur le duodénum.* Nous ne pouvons insister ici sur les détails de technique de cette intervention.

Que l'on exécute le Billroth I ou II, suivant les préférences, l'intervention conserve toujours le même caractère de gravité ; aller vite n'est pas négliger les sutures à trois plans, et sur l'estomac, et sur l'intestin.

La gastro-pyloréctomie, une fois terminée (favorisée s'il est nécessaire par une incision de décharge sous-costale droite, sectionnant le grand droit de ce côté), il faut fermer le ventre. Il peut être bon, auparavant, de placer un petit drain au voisinage même des sutures. On aura la précaution de l'enlever précocement, 48 heures au plus tard, après l'intervention.

La fermeture du ventre se fait en un seul plan, au fil métallique, de façon à gagner du temps et à éviter au malade, pour la suite, les risques d'une éventration.

Soins Post-opératoires

L'intervention, même rapide, demeure néanmoins shockante. C'est pourquoi nous insistons sur la valeur des soins post-opératoires. Le malade doit être ramené dans son lit avec d'innombrables précautions. Il sera réchauffé rapidement et l'on prendra soin de lui maintenir la tête basse pendant quelque temps.

Tous les stimulants qui nous ont servi à remonter le malade avant l'opération, seront de nouveau mis en jeu : l'huile camphrée, la strychnine, l'éther, la caféine, peuvent être répétés plusieurs fois dans la journée. On n'hésitera pas à faire au malade de grosses quantités de sérum artificiel adrénaliné. On peut l'employer en injections sous-cutanées, sous forme de sérum salé isotonique ou glucosé, en goutte à goutte rectal. Les injections de 100 à 150 cc. de sérum artificiel isotonique chaud, par voie intra-veineuse, peuvent être d'un grand secours dans le traitement immédiat post-opératoire. Elles n'ont cependant pas la valeur de la transfusion qui peut, elle, sauver la vie d'un malade saigné à blanc. Ce dernier moyen conserve la première place parmi les thérapeutiques à employer dans les suites mêmes de l'intervention. Il peut être, avec un résultat surprenant, répété à plusieurs reprises, dans les jours qui suivent.

Le traitement est, par ailleurs, celui que l'on applique à tout malade gastrectomisé. Si la reprise de la boisson doit être rapide, celle de l'alimentation doit, au contraire, demeurer assez tardive.

Quelles conclusions seront les nôtres à la suite de cet exposé thérapeutique ?

Seule, l'intervention chirurgicale, en supprimant la surface qui saigne, peut sauver le malade. Mais elle doit être précédée d'une série de précautions pré-opératoires, parmi lesquelles la transfusion sanguine prend la première place. On doit toujours la tenter, car, toujours, elle améliore le malade.

L'intervention doit être faite sous anesthésie locale. On pratiquera une *gastrectomie partielle* si l'ulcère siège sur la petite courbure, ou la face antérieure, loin du pylore. *Ce sera, de préférence, une gastropylorectomie.* Cette intervention sera rapide, mais suffisante. La transfusion sanguine est recommandée encore après l'opération.

Une objection sérieuse semble se présenter à la suite de ce chapitre.

Pourquoi ne pas faire, d'emblée, une gastro-pylorectomie sur les ulcères gastro-duodénaux perforés ? L'exérèse totale et primitive ne mettrait-elle pas le malade à l'abri de complications hémorragiques ultérieures et redoutables ? Il semble qu'elle serait moins grave, sur un ulcère perforé datant de quelques heures, que chez un malade ayant saigné beaucoup et affaibli par une opération antérieure.

Toutes ces considérations, qui ont évidemment leur valeur respective, sont troublantes à la suite de cette étude.

Nous ne voulons pas reprendre, ici, la discussion si fréquente, et à l'ordre du jour, du procédé de choix pour l'opération de l'ulcère gastro-duodéal perforé.

Il nous semble juste de dire cependant, que *la crainte de l'hémorragie, complication relativement rare, ne doit pas faire rejeter systématiquement les procédés d'urgence que sont la suture et la gas'tro-entérostomie.*

Beaucoup de chirurgiens, et entr'autres FINSTERER et Pierre DUVAL, préconisent la résection d'emblée. Lorsqu'elle se présente dans de bonnes conditions et que les risques opératoires immédiats paraissent bénins, peut-on, sans doute, la tenter. La crainte d'une complication très grave, mais rare, ne semble pas autoriser une opération initiale trop shockante.

Une des meilleures preuves de l'excellence des procédés thérapeutiques employés sur les ulcères perforés, est que les statistiques des résultats opératoires ont l'air plus favorables après ces cas d'urgence qu'après les interventions plus complètes faites à loisir. Dans ces cas-là, il faut évidemment se contenter d'un procédé simple. La résection elle-même, d'ailleurs, ne met pas à l'abri d'une hémorragie causée par un second ulcère.

On peut donc affirmer *qu'il meurt certainement moins de malades d'hémorragie post-opératoire qu'il n'en succomberait si, par crainte de cette complication exceptionnelle, on ne faisait primitivement que des résections larges d'ulcères perforés.*

Intervenir rapidement, tel est le devoir du chirurgien. La suture, complétée par la gastro-entérostomie, est une excellente méthode, et si elle ne met pas à l'abri de toutes les complications, elle a sauvé tant de malades qu'on ne peut, sans injustice, la rejeter.

Nous insistons donc sur ce fait essentiel que, *de*

l'étude de nos deux cas, du rappel de ceux d'Eliot, et d'autres auteurs, on ne saurait trouver aucun argument défavorable à une méthode thérapeutique plutôt qu'à une autre. Si nous préconisons, comme seul traitement efficace des hémorragies graves post-opératoires, la gastro-pylorectomie ou la résection partielle, c'est que les résultats sont là pour plaider en faveur de cette opération.

Résultats

De l'étude de tous les cas retrouvés par nous, une notion précise découle :

Qu'il s'agisse d'*hématémèse grave*, survenant après suture simple, après gastro-entérostomie ou après la combinaison des deux méthodes, *la mortalité considérable est la règle absolue*. Entre les mains de chirurgiens de nationalités différentes, à des époques différentes, chez les Américains ou les Anglais, les Allemands ou les Autrichiens, les Français ou les Suisses, cette complication a vu presque invariablement la mort s'en suivre.

Notre premier malade est mort rapidement ; l'opérée de Polony a subi le même sort ; de même l'opéré dont le cas nous est rapporté par SILHOL. Il est exceptionnel, comme nous l'avons signalé, pour les cas de MÜSHAM et de LAMBOTTE, que le traitement médical puisse sauver à lui seul les malades. Tous les autres opérés, victimes de cette complication, ont succombé à des phénomènes d'anémie suraigüe, avec complications pulmonaires surajoutées. *Cette grosse mortalité*

n'est explicable que par l'abstention opératoire de la plupart des chirurgiens dans de telles circonstances. Il est certes très délicat de conclure du particulier au général, et de tabler sur notre observation seule et le succès opératoire qui l'a suivie, pour établir une méthode.

Nous restons néanmoins persuadés que, si nous n'étions pas intervenus rapidement chez notre second malade, nous aurions eu à déplorer une nouvelle mort. *La gastro-pylorectomie doit donc être considérée comme le seul traitement efficace des hémorragies gastriques graves* survenant dans les suites opératoires des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Seule*, cette intervention nous a permis d'inscrire un cas heureux à la suite d'une longue série de morts, constatées dans l'expectative. Nous n'en méconnaissons pas la gravité chez un malade dans un état d'anémie grave ; mais, puisqu'elle nous a donné une survie après tant de cas désespérés, nous croyons qu'il est juste de la *préconiser, non comme un pis-aller, mais comme le seul traitement vraiment efficace des hémorragies graves survenant dans les suites opératoires des ulcères gastro-duodénaux perforés.*

CONCLUSIONS

I. — Les hémorragies gastriques survenant dans les suites opératoires des ulcères perforés, sont relativement rares. Il en est de bénignes, banales. Il en est de graves, qui surviennent comme une nouvelle complication, mettant en danger la vie du malade.

II. — Les hémorragies graves se voient aussi bien après les interventions qui ont comporté une gastro-entéroanastomose, qu'après un simple enfouissement.

III. — Elles nécessitent un traitement chirurgical presque d'urgence qui, seul, peut sauver les malades. Ce traitement doit être une gastro-pyloréctomie pratiquée rapidement, sous anesthésie locale.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

TIXIER

Vu :

POUR LE DOYEN,
L'Assesseur,
Etienne ROLLET

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 22 Octobre 1929

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
Joseph GHEUSI

BIBLIOGRAPHIE

- N. B. — *Les auteurs dont les noms sont précédés d'un * rapportent un ou plusieurs cas d'hémorragies graves dont les suites opératoires d'ulc. gastr. duod. perforés.*
- ACKERMANN. — *Thèse Lausanne, 1896.* (72 observations d'ulc. est. perf.).
- * ALBRECHT (P.). — *Beitrag zur klin. chir. ii, 464* (cité par Ellsworth Eliot).
- BASSET. — *Résultats éloignés des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (Bull. et Mém. de la Société de Chir. de Paris, 1924, p. 224.)*
- * BERTRAND (Pierre). — *Hémorragies gastriques dans les suites opératoires des ulcères perforés de l'estomac. (Soc. de Chir. de Lyon, 30 mai 1929 ; Presse Médicale du 6 juillet 1929.)*
- BIRCHER. — *Congrès de la Soc. Suisse de Chir., 1918.*
- * BLAKE (J.-A.). — *Perforated ulcer of the duodenum. (Ann. Surg. Philad., 1907, XLVIII, p. 129.)*
— *Perforating gastric ulcer. Ibid., 131-133.*
— *Perforated gastric ulcer ; diffuse peritonitis ; peritonœ lavage closure without drainage. Ibid., 130.*
- BONNET, PATEL ET TAVERNIER. — *Ulcères perforés de l'estomac. (Lyon Chir., 1924, p. 327.)*
- * BORSZEKY (K.). — *Die Chirurgische Behand. des pep. Magen. und duodenalgeschwürs und seiner complicatione und die damit erreichten Endresultate. (Beitr. z. klin. chir. Tübing, 1908, p. 56-181.)*
- * BRAMWELL. — *Simple perforating ulcer of the duodenum, death from hammoragie. (Clin. Study. Edimb. 1905-1906, p. 214).*

BRENTANO. — Ueber Gef. disschüsse und ihre Behandlung. (*Arch. f. klin. chir. Berl.*, 1906, p. 81-125.)

— Zur Klinik u. Pathologie der Magengeschwürs perforation. (*Arch. f. Klin. chir. Berl.*, 1906, p. 125-185.)

* BRUNNER (F.). — Das acut in die freie Bauchhöhle perforirende, Magen und duodenal geschwür. (*Deutsch. Zeit. f. chir.*, Leipz., 1903, p. 101-235.) (8 cas.)

BUSCH. — Ueber die chirurgische behand. Gutartiger. Magenaffktionen mit besondere des magengeschwürs und seiner Folgezustände mit besonderer Berücksichtigung der Spätresultate. (*Arch. f. clin. chir.*, 1909, p. 90.)

BROWN. — Résultats éloignés dans 49 cas de perforations d'ulcères gastriques et duodénaux. (*Edinburg Med. Journ.*, t. xxxii, n° 4, avril 1925.)

* CAIRD (F.-M.). — Twenty five consecutive cases of operation for perforated gastric and duodenal ulcers. (*Scot M. et S. J. Edimb.*, 1903, p. 215-274.)

COURTY. — Gastro-pylorctomie d'emblée p. ulcère perforé de l'estomac. (*Bull. Mém. Soc. nat. de Chir.*, Paris, 1925, p. 888.)

CARWARDINE (T.). — Twelve successive cases of perforated ulcers of the stomach or duod. with eleven recoveries. (*Lancet London*, 1910, p. 239.)

CUENDET. — Ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (*Journ. Méd. Bordeaux*, 1924.)

* DAHLGREN (K.). — Beiträge zur chirurgie des magen und duodenalgeschwürs. (*Nord. Med. Ark.*, Stockholm, 1908, n° 11, 1-63.)

* DEEVER. — Endresults following operation for diseases of the stomach and duod. (*Tr. Ann. Surg. Ass. Phila*, 1908, p. 160-188 ; *Annals of Surgery*, 1908, p. 894.)

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für chirurgie, t. CCXIII, janvier 1929 (55 cas ulcères perforés, p. 262-269, fasc. 3 et 4.)

DUNBAR. — *The Glasgow Med. Journal* (387 cas ; pas d'hémorragies).

DUVAL ET STULZ. — Deux cas d'ulc. perforés estom. traités par excision : une guérison, une mort. Etude critique sur les résultats de la résection immédiate dans le traitement de l'ulc. gastr. duod. perforé en périt. libre. (*Bull. et Méd. Soc. Chir.*, Paris, 1922, p. 854-864.)

DUVAL. — Trait. des perf. d'ulc. gastr. (*Ibid.*, 1924, p. 213.)

DUNET ET ALAMARTINE. — La gastro-entérostomie complémentaire dans les inter. pour ulc. perf. estom. et duod. (*Rev. Chir.*, Paris, 1921, p. 114-134.)

DESPLAS. — Quatre observ. d'ulc. perf. en périt. libre. (*Bull. et Mém. Soc. nat. Chir.*, Paris, 1924, p. 8-12.)

* ELIOT (Ell.). — Acute perforating gastric and duodenal ulcer. (*Amer. Journ. Chir. N.-Y.*, oct., novemb., décemb. 1908, janv. 1909.)

— The clinical features and treatment of acute perforating gastric and duodenal ulcer. (*Annals of Surgery*, 1912.)

EISELSBERG (Von) (cit. par Eliot). — *Deutsche Med. Woch.*, 1906.)

FERNICOLA (C.). — Trait. chirurg. des ulc. est. et duod. perf. en périt. libre. (*La Prensa Med. Argent.*, 30 mars 1928, p. 1082-1104.)

FERMAUD. — Statistique du service du Prof. Kummer sur ulc. perf. (*Revue méd. de la Suisse Romande*, 25 février 1929.)

FINSTERER (H.). — Die akute perforation von magen und duodéanlgeschwuren. (*Beit. Z. Klin. Chir.*, Tübing, 1910, p. 532-583.)

- GIBSON. — Perforations aiguës de l'est. et du duodénum. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1923, p. 1069-1078.)
- GIBSON (C.-L.). — Acute perforations of stom. and duod. Report of sixty cases. (*Am. J. Sur. Med. Phila.*, 1922, p. 391-401.)
- GIRODE. — Huit observ. ulc. gastr. duod. perf. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1923, p. 542.)
- GOMEZ DE ROSAS. — Píloro gastrectomia por ulcera. (*Rev. Med. Cubana*, Habana, 1924, p. 722-727.)
- GUILLEMINE ET BESSET. — Cinq observations d'ulc. gastr. perforés. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1923, p. 1512-1520.)
- GUILLEMINET ET LATREILLE. — 44 cas ulcères gastro-duodén. perf. (*Journ. de Chirur.* Paris, mars 1929, p. 289.)
- GUILLEMINE (A.). — Perforat. d'ulc. d'est. et interventions: *Paris Médic.*, 1923, p. 554-559.)
- GRIMAULT. — Ulc. perf. juxta-pyloriques ; traitement par l'excision, suivie de pyloro plastie (à propos de trois observations). (*Rev. Chir.*, Paris, 1922, p. 230-244.)
- HABERER (Von H.). — Zur therapie akuter geschwürs perforationen des magen u. duod. in die freie bauchhöhle. (*Wien Klinwchs*, 1919, p. 413.)
- HARTMANN. — Traitement des ulcères gastriques perforés. (*Rev. Gén. Clin. et Thérap.*, Paris, 1926, p. 534.)
— Deux cas d'ulc. gastr. perf. traités par excision. (*Bull. et Mém. Société Chir.*, Paris, 1922.)
- * HOFMANN. — Bericht uber 52 operationen behandelte falle von ulcus ventriculi. (*Beitr. Z. klin. chir.*, Tubing, 1906.)
- JUDD ET RAUKIN. — A technique for the resection of gastric and duod. ulcer. (*Surg. Gyn. et Obst.*, Chicago, 1923, p. 216-220.)

- * KOTT. — (Dantzig). Traitement des perf. aiguës des ulc. gast. duod. (*Fortschritte der Medizin*, nov. 1926, p. 1185-1187.) (3 cas.)
- KOTZAREFF. — Huit cas d'ulcères de l'estomac perforés. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1920, p. 1138-1145.)
- * KRAMER (H.). — Beit Z. Pathol. u. ther. der gutartigen pylorus stenosen. (*Beitr. z. klin. chir.*, 1903, p. 289.)
- * KREUZER (F.). — Die chir. behand. des runden magengeschwurs u. s. folgezustande (klinik von Krônlein, Zurich, 1887 à 1904). (*Beitr. z. klin. chir.*, Tubing, 1906, p. 380-579.)
- * KROGIUS. — Ein wort für die radicale operative Behandlung des chronischen magengeschwürs. (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1904-1905, p. 817-844.)
- KROISS. — Zur frage der gastroenterostomie bei der operation des perforierten ulcus ventriculi u. duodeni. (*Beitr. z. Klin. Chir.*, Tübing, 1910, p. 509-548.)
- KROMADA. — Gastrectomie dans les ulcères perforés de l'estomac. (*Wiener Med. Wocheschr.*, 1921, n° 23.)
- KUMMER. — Trait. de l'ulc. perforé en périt. libre. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1923, p. 534.)
- Gastrorragies et entérorragies cryptogènes. (*Archives des mal. de l'app. digestif et de la nutr.*, 1924, n° 5.)
- * KUTTNER (H.). — Bericht über 450, in drei jahren ausgeführte Magen operationen. (*Therap. de Gegenw.*, Berl., 1911, p. 19, et *Berlin Klin. Woch.*, 1911, p. 48-273.)
- * LAMBOTTE (cité par Eliot). — *Congrès de la Société Internat de Chirurgie*, Bruxelles, 1906, p. 294.)
- MARTIN ET DEROCHE. — Cinq cas d'ulc. gastriques perforés. (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1922, p. 1460-1476.)

MATHIEU. — Sept observations d'ulc. gastriques perforés. (*Ibid.*, Paris, 1924, p. 602-604.)

* MAYER. — Ueber Danererfolge in der Operativen Behandlung der Gutartigen Magen-Erkrankungen. (*Beitr. zur. Klin. Chir.*, Tübing, 1908-1909, p. 150-198.)

* MAYO. — A study of gastric and duodenal ulcers, with a special reference to their surgical cure. (*Ann. Surg. Phila.*, 1908, p. 884-893.)

MILES. — Observations of perfor. gastr. and. duod. ulcer (forty six cases, Edinbourg). (*Med. J.*, 1906, p. 106-107 ; *Med. Press et Circ.*, London, 1906.)

MILKO (V.). — Gyomor és duodenalis fekélyek átfurodása a szabad hasürbe (Perforation d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre). (*Sebeszet*, Budapest, 1905, p. 54-67.)

MONDOR ET LAURET. — Les ulcères perforés de l'est. et du duod. (In *Collect. de Méd. et Chir. pratiques.*)

MONPROFIT (cité par Eliot). — *Archiv. prov. de Chir.*, 1907, p. 288 et 317.)

MOORE (S.-B.). — Perforating gastric ulcer with report of cases. (*Virginia M. Mouth.*, Richmond, 1924-1925.)

* MOYNIHAN. — a) On duodenal ulcer, with notes of 52 opérations. (*Lancet*, London, 1905, p. 351.)

b) Opérations for non malignant disease of the stomach ; report of 334 cases. (*Surg., Glyn. Obst.*, Chicago, 1907, p. 677-684.)

c) Late results after operations in stom., duod. (*Ann. Surg. Phila.*, 1908, p. 873-884.)

MUHSAM. — a) Zur operation des perforierten Magen-geschwür. (*Deut. Med. Woch.*, Leip. et Berl., 1910, p. 1069-1075.)

b) Unger das perforierte Magengeschwür. (*Ibid.*, 1926, p. 469.)

NOEHREN. — In *New-York Med. Journal*, 1922, vol. cxv, n° 11.

- NOETZELL (W.). — Die Ergebnisse von 241 peritonitisoperationen. (*Beitr. z. Klin. chir.*, Tübing, 1905, p. 241.)
- PAPIN ET DARAIGNEZ. — Cinq cas d'op. urg. pr. perf. ulcères de l'estomac. (*Journ. Méd.*, Bordeaux, 1925, p. 455-459.)
- PECK (Ch.). — Perforative lesions et the stomach. (*Ann. Surg. Phila.*, 1907, p. 753-756.)
- Perforated gastr. a. duod. ulcer (report of 8 cases. (*Med. Rec.*, N.-Y., 1907, p. 930-934.)
- * POLONY. — Rapport à la Soc. Nat. Chir. (In *Bull. Soc. Nat. Chir.*, 2 février 1929.)
- PERRIN. — Huit cas de perf. ulc. gastr. duod. (*Lyon Chir.*, 1925, p. 864.)
- Résultats éloig. de la sut. des perf. des ulc. gastr. duod. (*Ibid.*, 1924, p. 499.)
- RIESE — Ueber die Berechtigung der resektion bei perforierten magen u. duod. geschwür. (*Arch. f. Klin. chir.*, Berlin, 1923, p. 327-343.)
- ROOJEN (Van) — Résultats du trait de perforations d'estomac (10 cas). (*Nederl. Tydsche v. Geneesk Haarlem*, 1925, p. 22-24.)
- ROPKE. — Statis des complicat. post-opérat. s. ulc. (*Dent. Med. Wch.*, 1922, p. 48.)
- * SCHULZ (cit. par Elliot). — *Deutch. Zeit. f. Chir.*, 1907, p. 494.)
- * SILHOL. — Ulcère gastrique perforé en péritoine libre ; suture simple. Hémorragie foudroyante au 5^{me} jour. (Rapp. sur un trav. de M. Bourde). (*Arch. franco-belges de Chir.*, Bruxelles, 1924, p. 340-344.)
- SUERMONDT. — Results of treatment of gastric ulcers perforated into the abdominal cavity. (*Nederl. Tydschr. v. Geneesk*, Haarlem, 1924, p. 2722-2732.)
- SCHOEMAKER. — De gepeforende maagsweir. (*Nederl. Tydschr. v. Geneesk*, Amst., 1907, p. 1082-1115.)

* SOULIGNOUX. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.* Paris, 1909, p. 339. (Cité par Eliot).

STEICHELE. — Ueber das perforierte magen u. duod. geschwür, nach Erfahrungen an 53 fällen. (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin, 1923, p. 630-651.)

STENBUCK. — Causes de décès post-opératoires pour ulcères perforés est. et duod. (*Annals of Surg.*, mai 1927, n° 5, p. 713-721.)

* VAUTRIN (cit. par Eliot). — *Arch. gén. de Chir.*, 1910, n° 12.)

* WALLIS (cit. par Eliot). — *Lancet*, London, 1898, p. 1477.

* WHITE (cité par Eliot). — *Lancet*, London, 1910, p. 268.

* WOLFSON ET J. GRAY. — (Brooklyn), 27 cas d'ulc. perf. (In *Ann. of Surg.*, 1929, n° 2.)

WOLFSOHN. — Sur les hémorragies secondaires après la gastro-entérostomie. (*Zentr. fur. Chir.*, Leipz., n° 30, juillet 1926.)

TABLE DES MATIÈRES

	pages
De la fréquence des hémorragies dans les suites opératoires des ulcères perforés	11
Etiologie	18
Anatomie Pathologique	24
Etude clinique	28
Observations	37
Traitement	41
Discussion	41
Soins pré-opératoires	46
L'anesthésie	47
L'intervention	48
Soins post-opératoires	51
Résultats	54
Conclusions	56
Bibliographie	57



